

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

1150

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre FORTIN

EXTERNE EN PREMIER DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 20 Février 1914, à Toulon (Var)

Remarques sur 16 observations d'ulcères gastro-duodénaux perforés

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Pierre FORTIN

EXTERNE EN PREMIER DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 20 Février 1914, à Toulon (Var)

Remarques sur 16 observations d'ulcères gastro-duodénaux perforés

Président : M. MONDOR, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES

1939

L — PROFESSEURS

MM.

	ROUVIERE.
Clinique gynécologique	Léon BINET.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	STROHL.
Clinique thérapeutique médicale	POLONOVSKI.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Robrt DEBRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	BRUMPT.
Clinique propédeutique	BAUDOUIN.
Clinique de la Tuberculose	ABRAMI.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MONBOR.
Clinique de cardiologie	LEROUX.
Clinique de neuro-chirurgie	CHAMPY.
Assistance médico-sociale	TIFFENEAU.
Professeurs sans chaire	HARVIER.
»	TANON.
»	BALTHAZARD.
»	LAIGNEL-LAVASTINE.
»	FIESSINGER.
»	CHIRAY
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	CARNOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CLERC.
Pathologie expérimentale et comparée	Marcel LABBE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LEREBOULLET.
Clinique médicale	NOBECOURT.
»	H. CLAUDE.
»	GOUGEROT.
»	GUILLAIN.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEMIERRE.
Clinique des maladies des enfants	CUNEO.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	GOSSET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GREGOIRE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	LENORMANT.
Clinique des maladies infectieuses	TERRIEN.
Clinique chirurgicale	CHEVASSU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL
Clinique ophtalmologique	MOCQUOT.
Clinique urologique	OMBREDANNE.
Clinique d'accouchements	RATHERY.
»	LEMAITRE.
Anatomie	Pierre DUVAL.
Physiologie	Maurice VILLARET.
Physique médicale	TROISIEM
Chimie médicale	MATHIEU.
Bactériologie	LAUBRY.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Glovis VINCENT.
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pathologie médicale	HAZARD
Pathologie chirurgicale	HOVELACQUE.
Anatomie pathologique	MULON.
Histologie	OLIVIER.
Pharmacologie et matière médicale	SANNIE.
Thérapeutique	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
Justin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie Médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.

MM	
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEILOU	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MM J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAULEY-BERT	Physiologie.
GUENOT	Obstétrique.
HEITZ-BOUVER	Pathologie chirurgic.

MM	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
NEVEU-LEMAIRE	Obstétrique.
VAUDESCAL	Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM	
ALAJOUANINE	Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM	
BASSET	Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
ECALLE	Clinique obstétricale
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs. et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA FEMME

A MA FILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS. A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. LE PROFESSEUR MONDOR

Chirurgien de l'Hôpital Bichat

*Qui nous a fait l'honneur d'accepter la
présidence de cette thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DESMAREST

Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

*Qui nous a inspiré cette thèse et nous a
aidé de ses conseils.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

STAGE :

M. LE PROFESSEUR ACHARD
M. LE PROFESSEUR LENORMANT
M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADENAT

EXTERNAT :

M. LE PROFESSEUR MATHIEU
M. LE DOCTEUR JACQUELIN
M. LE DOCTEUR FAURE-BEAULIEU
M. LE DOCTEUR MAY

EXTERNAT EN PREMIER :

M. LE PROFESSEUR TERRIEN
M. LE DOCTEUR RACHET
M. LE DOCTEUR CARRIE
M. LE DOCTEUR GUIMBELLOT

A MES CONFÉRENCIERS

M. le Professeur Desmarest a pu réunir, depuis 1918, 82 observations de perforations d'ulcères gastro-duodénaux, opérés dans son service.

Douze malades ont succombé dans les jours qui ont suivi l'intervention. Soixante-dix sont sortis du service en bonne santé. Mais parmi ceux-ci, seuls seize opérés ont pu être suivis régulièrement pendant un temps assez long.

Ce sont les observations de ces malades que nous allons reprendre et dont nous allons nous servir pour l'étude des ulcères perforés. Nous nous réservons cependant de faire état dans cette étude des remarques intéressantes faites à la lecture d'autres observations.

OBSERVATION I

— B... Jules, 43 ans. — 17 juin 1919.

Passé gastrique manifeste.

Perforation à l'occasion d'un effort à 17 h., le 17 juin.

A 19 h. 30, ventre souple, poulx à 75 (a eu morphine).

A 20 h., douleurs plus violentes, poulx 84. Contracture généralisée à maximum épigastrique commandant l'intervention.

Opéré le 17 vers 20 h. 30 (4^e heure). Vielle.

Pus louche à l'ouverture du ventre. Bouillon sale.

Perforation grosseur d'un pois au centre d'une induration cartonnée région pylorique. Enfouissement, épiplooplastie. Drainage petit bassin et épigastre.

Réopéré le 20 juillet : les lésions constatées à la première opération, adhérences.

Gastro-entérostomie transmésocolique (Vielle).

Sort guéri le 17 août 1919.

A donné de ses nouvelles par lettre le 15 avril 1931.

Depuis sa première opération, le malade a maigri (1 kilo), souffre surtout après le repas de midi. Vomit de la bile quelquefois le matin. Digestion lente, envie de dormir après les repas. Pas de régime.

OBSERVATION II

— Pr... Edouard, 24 ans. — 10 septembre 1925.

Début gastrique à 18 ans.

Vient consulter à 9 h. 30. A 10 h., brusquement douleurs abdominales très violentes.

Pouls petit, non accéléré. Contracture généralisée, Maximum de douleurs épigastriques.

A 13 h. douleurs diminuées. Pouls normal.

Opéré le 10 septembre (Rouhier) à heure non

fixée mais pas plus que 14^e heure : Perforation punctiforme au centre d'une plaque indurée (1 fr.) juxta-pylorique petite courbure. Cautérisation au thermo. Enfouissement. Paroi bronze et agrafes.

Sort le 14 octobre guéri.

Recherché en mai 31. Va très bien, travaille. Aucune douleur.

OBSERVATION III

— Fr... Jules, 46 ans (Vu en ville). — 24 avril 1926.

Passé gastrique net depuis 17 ans avec douleurs plus vives depuis l'âge de 30 ans : douleurs tardives par crises quatre heures après les repas.

Perforation le 24, à l'occasion d'un effort (malaise depuis 3 jours).

Pouls plutôt ralenti.

Contracture généralisée. Ventre en pierre, disparition de la matité hépatique.

Opéré à la 5^e heure.

Pas de liquide sauf sous le foie. Perforation lenticulaire sur l'anneau pylorique, versant duodénal.

Excision des tissus bordant la perforation. Enfouissement en trois plans, rétrécissant le pylore.

Gastro-entérostomie marginale. Grosse périgastrite. Un drain contre le duodénum.

Guérison.

Revu en avril 1931. Plus de douleurs. Etat excellent.

OBSERVATION IV

— D... Georges, 36. — 7 juin 1926.

Depuis un an douleurs tardives intermittentes.

Perforation 12 h. 30 avant le repas. Début par douleurs à irradiation thoracique et scapulaire.

Vu à 19 h. 30. T.: 37°6. Pouls à 92. Agitation. Sueurs profuses, faciès altéré. Contracture généralisée.

Opéré le 7-8-26 à la 8^e heure (Diamant-Berger).

Perforation face ant. versant duodénal du pyllore (3 mm.) sur base indurée (2 fr.). Enfouissement. Fermeture sans drainage. Suites opératoires simples.

Sort le 23 juin guéri.

Avril 1931 (nouvelles par lettre) : Depuis son opération a engraisé de 5 kg. 500. Ne souffre pas. Digestions normales mais lentes, quelques régurgitations acides. Ne suit pas de régime.

Opéré le 4 mars 1931 d'une hernie dans le service.

OBSERVATION V

— T... Gabriel, 34 ans. — 16 mai 1927.

Passé gastrique noté lors d'une opération de hernie double par Diamant-Berger, le 4-6-26.

Perforation à 19 h. 15 après 2 verres le limonade.

Pouls à 106 bien frappé. 37°2. Abdomen rétracté immobile. Contracture des droits. Matité hépatique normale, douleur très vive à l'épaule droite.

Opéré à minuit (5^e heure au maximum) (Debray).

Liquide abondant verdâtre. Perforation face térieure région pylorique (o fr. 50), bords indurés ; suture par 4 points, enfouissement impossible. Épiplooplastie 3 mèches.

Sort guéri le 19 juin.

Revu en mai 1931. Grosse éventration, vomissements aqueux et parfois bilieux. Suit un régime. Digestions lentes. Devait rentrer dans le service.

OBSERVATION VI

— H... Julien, 31 ans. — 28 octobre 1927.

Perforation au cours du travail à 11 h.

Antécédents : seulement quelques crampes depuis quinze jours. Douleur à maximum épigastrique

à irradiation sternale. Contracture généralisée à maximum épigastrique. Matité hépatique conservée. Pouls 104. T.: 37°2. 26.000 leucocytes, 87 % poly.

Opéré à la 4^e heure (Diamant-Berger).

Perforation lenticulaire au centre d'une zone d'induration de 3 cm. de long sur 1 cm. de large, face antérieure du pylore en son milieu. Enfouissement 2 plans gastriques et 1 plan épiploïque. Paroi sans drainage.

Sort le 11 novembre. Radio petit estomac dont l'évacuation s'amorce bien. Revu en avril 1931. A complètement repris son existence normale. Aucun régime. De temps à autre douleurs légères et fugaces sans caractères précis. Poids antérieur.

OBSERVATION VII

— J... Théodore, 51 ans. — 15 novembre 1927.

Perforation à 11 h. 30 succédant à examen radiologique par repas baryté pratiqué l'après-midi. Passé gastrique ancien. Douleurs tardives. Entre à 23 h. Etat de shock, léger hoquet. Contracture généralisée maximum sur le droit. Douleur sus-ombilicale très vive.

Tympanisme pré-hépatique. Pouls 106. T.: 37°9.

Opéré à la 6^e heure (Debray). Perforation lenticulaire laissant couler de la baryte face ant. de la

petite courbure, juxta-pylorique. Excision des bords indurés de l'ulcère, enfouissement. Fermeture guéri, engraisse. Depuis quatre mois réapparition sans drainage. Suites opératoires normales.

Sort le 29 novembre. Pendant sept mois paraît progressive des douleurs tardives. Amaigrissement 3 kgs. Asthénie.

Tubage. Hyperchlorydrie et hyperacidité très notable.

Radio évacuation pylorique irrégulière.

OBSERVATION VIII

— V... B... Edouard, 45 ans. — 18 avril 1929.

Quelques douleurs le 17 dans la fosse iliaque droite. Le 18 à 11 h. douleur brusque très violente fosse iliaque droite, sans irradiation. Depuis dix ans souffre de l'estomac 1 h. 1/2 après les repas, calmé par cachets. Réformé pour tuberculose pulmonaire.

Opération à la 8^e heure (Boppe). Rachi Appendice manifestement hors de cause. On l'enlève. Ulcère masqué par le foie qui adhère à l'estomac surface antérieure. Canal pylorique. Perforation fenticulaire. Enfouissement par 3 points. Epiplooplastie. Drain dans le Douglas. Suites opératoires normales.

Sort guéri le 6 mai.

OBSERVATION IX

— R... Francesco, 24 ans. — 19 mai 1929.

Antécédents gastriques datant de 10 ans. Perforation le 18 à 14 h. Entre le 19 au matin. Douleur discrète. Abdomen souple sauf au niveau du grand droit. T.: 38°. Pouls à 90. Crise nouvelle à 14 h. Contracture plus marquée. Pouls 120.

Opération à 26^e heure (Monod). Petite perforation sur volumineux ulcère calleux (2 francs) de la petite courbure juxta-pylorique. Enfouissement par plicature longitudinale, large épiplooplastie. Drain dans le Douglas.

Sort guéri le 1^{er} juin. Digestions un peu lentes.

Après 2 mois 1/ réapparition progressive des douleurs. Digestions lentes.

Rentre le 19 mai 1930. Douleurs deux à trois heures après le repas, calmées par aliments, vomissements provoqués. Crise toutes les trois semaines pendant une semaine.

Tubage. Liquide fortement acide à jeun. Hyperchlorhydrie assez marquée une heure après les repas.

Radio. Péristaltisme très intermittent, évacuations rares, bulbe très déformé. Antipéristaltis méduodéal.

28 mai 1930. *Gastro-entérostomie* sur le vestibule pylorique. Sort le 12 avril, guéri.

OBSERVATION X

— D... Albert, 24 ans. — 3 mai 1930.

Pas d'observation clinique.

Opéré le 3 mai, à la 5^e heure (Desmarest). Quelques gaz et un peu de liquide. Perforation lenticulaire au centre d'une plaque indurée répondant au sphincter. Deux points ferment la perforation. Enfouissement à l'aide de l'estomac et d'un fragment d'épiploon. Fermeture sans drainage.

Suites normales.

Sort guéri le 16 mai.

Revient le 18 novembre 30. Douleur brusque rappelant sa perforation. Souffre depuis trois mois (3 h. 1/2 après repas).

Radio. Péristaltisme vigoureux rapidement suivi d'évacuation, bulbe non rempli. Aucune déformation du vestibule pylorique.

Tubage. Pas de stade. Hyperchlorhydrie appréciable 45 minutes après le repas.

5 décembre 1930 (Desmarest). La zone de l'ancien ulcère est épaissie (encore en activité), gastro-entérestomie 2 cm. sur le vestibule pylorique. Sort guéri le 16 décembre.

Revu le 15-4-31. N'a jamais plus rien ressenti. A engraisé de presque 5 kgs en quatre mois. Digère bien, suit un régime léger.

OBSERVATION XI

— P... Henri, 39 ans. — Juillet 1933.

Vient pour crise douloureuse avec nausées d'autant de la veille. Le malade se plaint de l'estomac depuis plusieurs mois. A l'examen ventre de bois. Douleur diffuse à maximum appendiculaire. Température 38°2. Pouls 89. Leucocytose 23.000.

Dr Thaleimer : Incision de Mac Burney. Liquide dans le ventre. Ablation de l'appendice, long et gros drain dans le Douglas. Laparatomie sus-ombilicale, perforation gastrique sur le pylore. Enfouissement. Epiplooplastie. Suites normales.

Revient dans le service en janvier 1934. Crises douloureuses épigastriques journalières depuis sept.

Amaigrissement 3 kgs. Vomissements bilieux.

Gastro-enterostomie. Suites normales.

OBSERVATION XII

— M. L..., 25 ans. — 25 juin 1935.

Clinique :

Début par vagues douleurs de l'épigastre diffusant à tout l'abdomen. Nausées.

Arrive à l'hôpital vers 2 h. 1/2. Examen : contracture douloureuse intense généralisée maximum à

la région épigastrique. Antécédents gastriques nets, douleurs après les repas (pas d'hématémèses) survenant par périodes avec intervalles sans douleurs. Examen du sang : 34.000 leucocytes.

Polynucléaires : 77.

Intervention (Schleich-M. Velez).

A l'ouverture du péritoine liquide louche. Perforation arrondie un peu plus grande qu'une lentille sur la face ant. du pylore sur le versant gastrique. Fermeture difficile. Les fils coupent. Enfouissement soigné, le liquide passe par le pylore vers le duodénum. Drain dans le foyer.

Suites opératoires. Parotidite.

Revient le 6 juillet 36. Accuse depuis avril tiraillements épigastriques 5-6 heures après le repas, calmées par l'ingestion d'aliments.

Tubage gastrique. Hyperacidité.

Radio : Pylore déformé semblant présenter tache après évacuation. Passage pyloroduodéal ralenti.

Gastrectomie le 22 juillet 1936 avec résection de la moitié inf. de l'estomac et du premier duodénum. Bouche jeguinale.

Suites opératoires normales. Un examen radiologique du 1^{er} décembre 36 montre un bon fonctionnement de la bouche.

Revu le 18 octobre 1937. Va bien. Poids redevenu normal.

OBSERVATION XIII

— B... Charles, 32 ans. — 21 juin 1936.

Début le 20 juin, à 17 heures, par douleurs brutales épigastriques. Le 21 juin à 11 heures, la douleur a presque disparu, la température est à 38°. Un vomissement dans la matinée, pas de selle, pas de gaz. Contracture de la région sous-hépatique. Antécédents gastriques nets.

Polynucléose à 86 et leucocytes à 19.000.

Intervention. Gorger, Rectanol + NO₂.

A l'ouverture du péritoine s'échappent des bulles d'air. Perforation lenticulaire à la face antérieure du duodénum. Fermeture de la perforation au catgut très difficile, la perforation empiétant même largement sur le colon transverse. Epiplooplastie. Trois mèches. Drain.

Suites normales. Sort en bon état général et local.

Après une période d'accalmie de cinq mois (série de piqûres d'histidine), revient le 14 janvier 1937 pour douleur dans l'hypocondre droit. Amaigrissement.

Tubage : Hyperchlorhydrie.

Radio : Bulbe duodénal déformé et tache persistante à l'union de première et deuxième portion au-dessus des angles droits du col. Gastrectomie le 28 janvier 1937. Suites opératoires normales.

Le 16 février un examen radioscopique montre une évacuation gastrique normale.

OBSERVATION XIV

— M. G..., 38 ans. — 16 novembre 1936.

Antécédents nets de maladie ulcéreuse. Douleur brutale épigastrique à 21 h. avec vomissements. Contracture sus-ombilicale droit (Dr Aurousseau Schleich). Médiante sus-ombilicale. Liquide purulent sous-hépatique. Ulcus perforé de la face antérieure du canal pylorique grosseur d'une lentille. Enfouissement épiplooplastique.

Le 24 novembre. Transfusion après moelena.

Le 19 janvier 37, gastroentérostomie après libération d'adhérence (AN. Protoxyde d'azote).

Suites opératoires excellentes.

Sort avec 4.560.000 hématies.

OBSERVATION XV

— F... Pierre, 36 ans. — 27 mai 1937.

Passé gastrique peu important. A 19 h. douleur irradiant à l'épaule droite. T.: 36°9. Pouls 110. Abdomen rétracté et immobile. Contracture généralisée.

Opéré 5^e heure (Debray).

Liquide abondant verdâtre. Perforation lenticu-

laire à bords peu indurés face antérieure vestibule pylorique.

Enfouissement renforcé par greffe épiploïque. Fermeture sans drainage. Cicatrisation pariétale lente.

Sort guéri le 19 juin.

Radio : Estomac hypertonique se remplissant lentement. Péristaltisme très vigoureux segmentant le vestibule pylorique et suivi d'évacuation duodénale.

Revu en mai 1931. A engraisé de 4 kg. 500 en cinq mois. Parfois quelques douleurs quand il mange des choses indigestes. Plus de régime.

OBSERVATION XVI

— M. M..., 37 ans. — 22 juin 1937.

Admis d'urgence pour douleurs abdominales intenses qui ont débuté la veille au soir vers 10 heures par une douleur en coup de poignard. Vomissements. Antécédents gastriques depuis 4-5 ans. A l'examen : Pouls à 120. Malade pâle. T. A. 15-10. Douleur dans le creux épigastrique et dans l'épaule. Soif intense. Contracture abdominale. Disparition de la matité hépatique.

16.000 leucocytes et 88 poly.

Intervention (Desmarest AN. Protoxyde azote).

Incision médiane sus-ombilicale, gaz et liquide verdâtre venant de la région duodénale (aspiration).

Sur la première portion du duodénum une perforation lenticulaire dont les bords sont blancs grisâtres. Enfouissement de la perforation difficile en raison de l'importance des lésions adjacentes. Deux mèches et un drain. *Suites opératoires normales.*

Evolution. Après amélioration passagère de un mois environ, les douleurs réapparaissent au creux épigastrique et dans l'hypocondre droit par crises de 3 à 4 jours. Vomissements intermittents. Amaigrissement.

Le 9 novembre 37, un examen radiologique montre :

— Stase à jeun ;

— Estomac hypertonique et hypermétique. Evacuation très intermittente. Bulbe déformé et mal rempli.

Tubage gastrique. Hyperchlorhydrie et liquide de stase.

Le 18 novembre 37 : gastrectomie. Rectanol + (M. Desmarest).

Ulcère de la première portion du duodénum adhérent à l'estomac, impossible à enlever. En raison de l'hyperchlorhydrie on décide cependant résection de l'estomac pour exclusion.

~ Gastrectomie bouche entre l'estomac et la première portion du jéjun. Suture de l'estomac près du sphincter (difficile en raison de l'épaiss. des parois). 3 mèches, un drain.

Sort 11 déc. 37. La bouche fonctionne bien.

ETUDE CLINIQUE

Nous insisterons peu sur les signes cliniques connus de la perforation gastro-duodénale.

La douleur en est toujours le premier signe. Elle est violente, brutale, inopinée, si nette que nous voyons l'heure de la perforation précisée dans la majorité des observations.

Beaucoup plus exceptionnellement (Obs. IX et XII), il s'agit de douleurs moins marquées ou plus progressives.

Son siège est habituellement épigastrique, assez souvent à droite de la ligne médiane, de toutes façons sus-ombilical. Son irradiation est variable et multiple. Mais l'irradiation scapulaire droite est de loin la plus fréquente (Obs. IV, V, XV). Dans deux cas cependant (Obs. XIII et XI), le siège de la douleur est atypique, dans la fosse iliaque droite. Cette localisation douloureuse était si nette que dans les deux cas, malgré l'existence d'antécédents gastriques, on a été reconnaître l'appendice avant d'explorer l'estomac. La douleur est le seul symptôme fonctionnel constant. Les vomissements ne sont signalés que dans trois observations (13, 16, 17). L'arrêt des matières et des gaz est inconstant.

Chez un malade qui présente ces syndromes douloureux, le diagnostic d'intervention repose sur un signe essentiel, la contracture. Elle est des plus caractéristiques lorsqu'elle est bien localisée à l'épigastre. Mais souvent elle a diffusé, son maximum est difficile à préciser. C'est dans ces cas l'importance du siège initial de la douleur et des antécédents gastriques.

Ceux-ci sont nets dans la majorité des cas, sauf dans trois observations, il est même presque toujours possible de retrouver l'histoire si typique de l'ulcère gastrique ou duodénal avec ses crises douloureuses périodiques. Il n'en demeure pas moins que l'absence d'antécédents gastriques ne peut en rien faire écarter l'hypothèse d'une perforation ulcéreuse.

A côté de ces trois signes majeurs :

- douleur épigastrique,
- contracture,
- passé gastrique,

il faut signaler un autre signe accessoire ; la disparition de la matité pré-hépatique, signe dont l'équivalent radiologique est l'existence d'un croissant clair entre le diaphragme et l'ombre hépatique. Elle est signalée dans deux de nos observations ; elle a de la valeur lorsque sa constatation est précoce.

Quant aux manifestatons générales, elles ne sauraient intervenir dans le diagnostic. Habituelle-

ment la température est normale, dans deux cas cependant (Obs. 11 et 13) la température dépasse 38.

Le pouls est très variable, tantôt accéléré, tantôt normal. En fait il semble que son accélération témoigne dans les premières heures d'un état de shock transitoire qui disparaît par la suite. Par contre l'étude de la leucocytose sanguine est intéressante au point de vue pathogénique, l'examen du sang a été pratiqué dans 10 cas sur 82, dans tous les cas il existait une leucocytose variant entre 10.000 et 34.000, et dans 7 cas une polynucléose importante. Cette constatation permet d'affirmer le rôle important des phénomènes infectieux dans l'évolution de la maladie ulcéreuse et dans la genèse des perforations.

TRAITEMENT

Le diagnostic impose l'intervention immédiate. Sous anesthésie générale, on fait une laparatomie ombilicale. Dans tous les cas s'échappent de l'abdomen des gaz et un liquide trouble.

L'exploration systématique du duodénum et de l'estomac découvre le siège de la perforation.

Celle-ci siège avec le maximum de fréquence dans la région duodéno-pylorique. En effet, sur 82 perforations :

35 siégeaient sur la portion du duodénum ;

- 30 sur le pylore (versant gastrique) ;
- 8 sur la petite ourbure ;
- 5 sur la face antérieure de l'estomac ;
- 1 sur la face postérieure de la grosse tubérosité ;
- 1 sur une bouche de gastro-entérostomie.

Enfin dans deux cas, le siège n'était pas précisé. L'intervention doit viser avant tout à suturer la perforation, et dans l'immense majorité des cas doit s'en tenir là. C'est là la conduite adoptée dans 70 cas par les chirurgiens.

La fermeture de la perforation est assurée par un enfouissement au moyen de quelques points au fil de lin. Une deuxième barrière pourra être constituée par un lambeau d'épiploon que l'on ramènera et que l'on tournera au devant de la perforation.

S'il s'agit d'un ulcère calleux, on aura soin de faire l'enfouissement au dehors de la zone indurée. Dans les cas extrêmes on pourra être amené à résection de l'ulcère jusqu'à obtenir des tranches gastriques saines. La pratique d'une intervention complémentaire immédiate, gastro-entérostomie ou résection gastrique, ne saurait donc être systématique. Elles peuvent cependant comporter des indications. L'indication de la gastro-enterostomie est bien illustrée par notre observation III. Il s'agit d'un ulcus calleux avec périgastrite, l'excision des tissus bordant la perforation, suivie de suture, a rétréci le calibre du canal pylorique, la même crainte de la sténose pylorique est retrouvée dans le

protocole opératoire de trois autres gastro-entérostomies pratiquées d'urgence. Une seule fois une amputation du pylore a été pratiquée pour un ulcère pylorique perforé. Une telle intervention est légitime, seulement chez un malade résistant par les difficultés de suture d'une large perforation d'un ulcère calleux pylorique.

La question du drainage dépendra de l'heure de l'intervention, de la quantité de liquide dans l'abdomen et de son aspect.

Il faut aspirer le liquide, assécher la cavité péritonéale.

Si l'intervention est précoce, le liquide clair, peu abondant, on peut refermer sans drainer. Si on trouve du pus, un liquide abondant, il est préférable de drainer par drain épigastrique, ou mieux sus-pubien par une autre incision.

Telles sont les modalités de l'intervention d'extrême urgence que commande le syndrome clinique de la perforation de l'ulcère.

PRONOSTIC

La statistique sur laquelle nous basons cette étude fait apparaître un pronostic relativement favorable puisque moins de 25 % des malades opérés ont succombé. Le pronostic apparaît encore plus encourageant lorsqu'on étudie les observations de ces cas défavorables.

Manifestement, dans la plupart des cas la mort n'est survenue parce que le malade a été vu et opéré à une heure trop tardive.

— 11 malades avaient été opérés plus de 24 heures après la perforation.

— 4 malades l'ont été entre la vingtième heure et la vingt-quatrième heure.

Dans trois autres cas la mort s'explique par le terrain sur lequel la perforation est survenue.

Un malade âgé de 54 ans était tuberculeux avéré récemment opéré d'une double épididymite. Il mourut de complications pulmonaires. Un autre, opéré à la septième heure, était également tuberculeux. Il mourut rapidement dans un accès de delirium.

Enfin, un troisième malade était un diabétique. Un examen de sang pratiqué au moment de l'intervention avait montré une glycémie à 5 gr. 98, il est mort dans le coma.

Reste deux cas où l'intervention avait été pratiquée précocement, chez des sujets indemnes de toutes tares viscérales graves. Dans le premier cas, la mort survenue le vingtième jour par abcès du poulmon, avec pleurésie purulente. Dans un deuxième cas opéré à la septième heure, la mort survint dans un tableau de péritonite diffuse. Il n'y eut pas d'autopsie.

Dans l'ensemble cependant, il ressort de cette importante statistique que le pronostic des perfora-

tions d'ulcère est extrêmement favorable à deux conditions :

- que l'intervention soit précoce ;
- qu'il s'agisse d'un sujet manifestement indemne d'une grave tare viscérale.

Pronostic éloigné et traitement de l'ulcère

Le pronostic éloigné est particulièrement important à préciser et c'est pourquoi nous avons fait mention des observations où le malade a pu être suivi pendant un temps assez long.

Dans l'observation une gastro-entérostomie avait été pratiquée en même temps que l'enfouissement de la perforation.

Le résultat de cette intervention qui, nous l'avons vu, doit être l'exception, fut excellent.

Dans quatre cas seulement (Obs. 2, 6, 8, 15).

Dans deux observations 6 et 15, il s'agit de malade à passé gastrique imprécis où la perforation semble avoir été le premier épisode de l'histoire de l'ulcère, la perforation était minime, la paroi gastrique peu infiltrée.

Dans les deux autres observations 2 et 8, il existait des antécédents gastriques nets. Mais les lésions constatées furent celles d'un ulcus jeune.

Il semble donc que le simple enfouissement de la perforation puisse amener une guérison, mais

seulement dans les cas où il s'agit d'un ulcus jeune et surtout lorsqu'il s'agit d'ulcères perforants d'emblée. Ce fait est conforme aux statistiques de Petren, Corner, Chabrut.

Il n'en reste pas moins vrai que ces cas sont l'exception dans la majorité des cas le malade reste un ulcéreux. C'est ce qu'illustrent toutes nos autres observations. La réapparition des douleurs est, en règle, précédée d'une accalmie qui suit l'intervention. Puis les douleurs réapparaissent ; elles ont souvent les mêmes caractères que les douleurs préperforatives.

L'examen radiologique, le tubage gastrique qui nous a montré dans tous les cas de l'hyperchlorhydrie, font la preuve que l'évolution de la maladie ulcéreuse continue.

C'est dire la nécessité de suivre ces malades, de les soumettre à un traitement médical, d'envisager la possibilité d'un traitement chirurgical secondaire.

Dans quatre cas, une gastrectomie a été pratiquée dans l'un (obs. XII) la mort est survenue dans les jours suivants.

Les autres (XII, XIII, XIV) ont eu des résultats extrêmement favorables. Cinq gastro-entérostomie secondaires ont été pratiquées. Sauf dans un cas où il existe des troubles digestifs importants (obs. I), les résultats ont été excellents.

CONCLUSIONS

1° *Le diagnostic* de la perforation d'ulcère repose sur 3 signes :

- douleurs épigastriques ;
- contracture ;
- antécédent gastrique.

2° *L'intervention* d'urgence doit se borner d'enfouir la perforation la pratique d'une intervention plus complexe doit être l'exception.

3° *Le pronostic* de cette intervention est extrêmement favorable à condition d'opérer tôt dans les douze premières heures.

4° Dans la majorité des cas, l'ulcère continue à évoluer après enfouissement de sa perforation. Seule une intervention secondaire permettra le traitement proprement dit de l'ulcère.

Vu : *Le Doyen.*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
MONDOR.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

